

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 5 juillet 1900, à 1 heure

PAR

J. MOMBET

LES OPÉRATIONS PLASTIQUES

Sur le Vagin et sur le Périnée

AU POINT DE VUE DES ACCOUCHEMENTS

Président : M. PINARD, Professeur.

FOURNIER, Professeur

Juges : MM. GILLES de la TOURETTE, Agrégé

VARNIER, Agrégé

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1900

466



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 5 juillet 1900, à 1 heure

PAR

J. MOMBET

LES OPÉRATIONS PLASTIQUES

Sur le Vagin et sur le Périnée

AU POINT DE VUE DES ACCOUCHEMENTS

Président : M. PINARD, Professeur.

FOURNIER, Professeur

Juges : MM. { GILLES de la TOURETTE, Agrégé

{ VARNIER, Agrégé

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1900

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH RICHET
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BRISAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	TERRIER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEC.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

INTRODUCTION

A l'occasion d'une observation que nous avons recueillie dans le service du docteur Doléris, à l'hôpital Boucicaud, nous avons recherché dans la littérature médicale les faits propres à donner une notion suffisante de l'influence des opérations vaginales plastiques sur la conception et sur l'accouchement.

Nous avons eu quelques peines dans nos recherches et nous avons été frappés de voir qu'aucun travail d'ensemble ne venait faciliter notre tâche.

Les observations et les statistiques publiées jusqu'à ce jour sont fort incomplètes, et si elles relatent souvent la difficulté ou la longueur d'un accouchement, elles négligent presque toujours de dire comment avait été pratiquée l'opération plastique et de dire qu'elles en avaient été les suites immédiates.

Il nous a semblé que le mieux, pour se faire une idée exacte de cette question, était de prendre les résultats éloignés d'opérations réglées, faites pendant de longues années avec une même méthode.

Dans ce but, M. Doléris a bien voulu nous permettre

de choisir dans l'inépuisable collection d'observations qu'il possède, celles qui se rapportent à notre sujet. En les dépouillant nous avons pu nous faire une religion et mener à bien ce travail dont elles constituent la plus grande valeur. Nous avons pensé que cette étude, qui nous a été attrayante, pourrait également nous être profitable en occupant notre esprit à des particularités utiles à connaître pour le praticien.

Le principal reproche que l'on puisse faire aux observations de cas de dystocias créés par des opérations vaginales antérieures, c'est qu'elles ne renseignent pas exactement sur ces opérations.

En effet, pour juger du résultat éloigné, il ne suffit pas de connaître le nom de l'opération pratiquée, il faut savoir les conditions antérieures, la méthode employée, les difficultés particulières de l'exécution, les modifications apportées parfois au manuel opératoire ordinaire et enfin il importe d'être édifié sur les résultats immédiats. Nous nous mettrons à l'abri de ce reproche en notant avec soin tous ces détails dans nos observations.

Nous allons donc commencer par rappeler d'une façon sommaire quels sont les procédés employés par notre maître, M. Doléris, dans les différentes opérations plastiques sur le vagin. Tous ces procédés ont été inaugurés par lui, pratiqués un nombre considérable de fois par lui et ils n'ont pas tardé à être adoptés par la plupart des chirurgiens.

Nous décrirons ainsi rapidement la colpopérinéorrhaphie, les colporrhaphies antérieures et postérieures, les colporrhaphies piræ et rétro-cervicales.

Nous ferons ensuite connaître, en nous basant sur les observations, les résultats éloignés obtenus par cette méthode, nous les comparerons aux résultats classiques dans des statistiques antérieures et nous pourrons développer alors nos conclusions.

Mais, auparavant, qu'il nous soit permis de remercier en tête de cet essai nos maîtres dans les hôpitaux.

Nous remercions M. le docteur Thibierge qui, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du professeur Besnier, ne ménagea pas ses efforts pour nous familiariser avec la pathologie de la peau.

M. le docteur Cuffer, médecin à l'hôpital Necker, qui sût nous rendre très profitable notre stage de seconde année.

M. le professeur Guyon chez qui, durant notre stage de troisième année, il nous fut loisible d'étudier toute la pathologie urinaire et ses bonnes méthodes de traitement.

M. le docteur Maygrier, accoucheur de la Charité, qui, avec son esprit didactique et précis, nous indiqua les meilleurs moyens pour vaincre les difficultés qu'un accoucheur peut trouver sur sa route.

M. le docteur Chaput, chirurgien de Tenon, qui voulut bien nous accepter pendant six mois dans son service à l'hôpital Tenon. Il nous serait difficile de dire ce que nous avons admiré le plus en lui, du praticien consciencieux ou de l'opérateur habile. Il nous donna des marques de sa sollicitude, en dehors même des heures de l'hôpital. Qu'il nous permette de l'assurer de notre vive gratitude.

M. le docteur Hirtez, médecin de l'hôpital Laënnec, fut également très accueillant pour nous et nous donna parfois des marques de confiance auxquelles nous fûmes très sensibles; nous lui adressons nos très sincères remerciements.

Enfin, nous sommes très obligés à M. le docteur Duléris, accoucheur des hôpitaux, de l'intérêt qu'il nous a témoigné en nous fournissant les matériaux de cette thèse. Nous le remercions très vivement et du concours qu'il nous a prêté et des conseils qu'il nous a donnés.

M. le professeur Pinard nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous le prions d'agréer l'assurance de notre respectueuse reconnaissance.

OPERATIONS PLASTIQUES

1° La colpopérinéorrhaphie ou colpopérinéoplastie. — Disparition de la béance, occlusion non seulement physiologique, mais encore anatomique de la vulve, renforcement à la fois du plancher périnéal et de la paroi postérieur du vagin, tel est le but de la colpopérinéoplastie par glissement. Ce but est atteint grâce au raccourcissement du vagin obtenu en amenant une partie de sa paroi au niveau du périnée pour le renforcer.

Cette opération est devenue tellement classique qu'il nous suffira d'en donner un aperçu rapide. Deux pinces à traction sont placées à droite et à gauche de l'orifice vulvaire en des points symétriques à peu près à égales distances du clitoris et de la déchirure, plus ou moins haut, selon l'étendue de la déchirure et selon le raccourcissement vaginal que l'on veut obtenir. Les deux pinces sont confiées à deux aides, l'un à droite, l'autre à gauche de l'opérée. D'une pince à l'autre, à l'union de la muqueuse et de la peau on porte une incision au bistouri, traçant ainsi une demi-circonférence à concavité supérieure. La muqueuse vaginale est alors décollée de ce qui

reste du périnée et de la cloison recto-vaginale. Ce décollement est amorcé aux ciseaux et continué avec les doigts sur la ligne médiane, au niveau du rectum, à cause des dangers de perforation. Ce dédoublement est ainsi porté plus ou moins haut, selon le degré de raccourcissement et d'occlusion que l'ont veut obtenir.

On obtient alors le glissement de la paroi vaginale grâce au placement spécial des sutures, point le plus délicat de l'intervention ; « Trois fils suffisent ; choisir de préférence du gros crin de Florence monté sur des aiguilles courbes. Le premier fil est le plus médian. L'aiguille pénètre latéralement à gauche de l'anus, chemine profondément dans les tissus et vient accrocher le lambeau vaginal tout près du point extrême du décollement.

Pour cela, l'aiguille qui a pénétré dans le vagin, suit, pour sortir, un chemin inverse, qui la ramène sur le côté de l'anus. On peut se dispenser de pénétrer dans le vagin et se contenter d'accrocher la face profonde du lambeau vaginal.

L'anse du premier fil, une fois celui-ci serré doit ramener la paroi vaginale vers la commissure vulvaire en même temps qu'il sert à affronter les rebords opposés de la lèvre cutanée de l'incision. Le deuxième fil est placé d'une façon analogue et un peu plus en dehors. La troisième suture est appliquée de même. » (Doléris, répertoire universel d'obstétrique et de gynécologie, 1889, p. 346).

Il ne reste plus alors qu'à réséquer transversalement la paroi vaginale exubérante au dehors de la vulve et à continuer la suture au crin pour appliquer les surfaces opposées de l'avivement.

Nous ajouterons qu'en faisant remonter le décollement assez haut, on atteint le col et l'on remédie ainsi à la colpocèle postérieure qui est une conséquence de l'effondrement périnéal ou qui relève, du moins, des mêmes causes.

Tel est le procédé de colpopérinéoplastie par glissement dont les preuves ne sont plus à faire au point de vue de la solidité du périnée et de la suppression de la colpocèle postérieure. Nous verrons plus loin quels en sont les résultats au point de vue de l'accouchement.

2° Colporrhaphie postérieure. — Dans les cas où le périnée est suffisamment solide et où seule la paroi postérieure du vagin a de la tendance à l'affaissement, la colpopérinéoplastie cède le pas à une opération ne portant que sur la paroi elle-même. La technique de cette opération est la même que pour la colporrhaphie antérieure que nous allons décrire en détail sauf que l'incision du début est ici faite au niveau du col afin d'opérer le décollement vers la vulve, ce qui est l'inverse dans la colporrhaphie antérieure.

3° Colporrhaphie antérieure. — Sur un point déterminé de la colonne antérieure du vagin on pratique une incision de deux à trois centimètres et étendue transversalement. Saisissant avec une pince la lèvre postérieure de l'incision, on amorce le décollement avec le bistouri et on le continue avec les doigts aussi loin qu'on le juge nécessaire. La paroi du vagin se trouve ainsi facilement décollé et l'hémorrhagie n'est pas considérable, grâce à la suppression du bistouri.

« Il ne reste plus qu'à tracer les limites de l'avivement ainsi opéré. Cette manière de faire renverse les

« plans anciens, et je la trouve préférable car on apprécie
« mieux quelle doit être l'étendue de la zone à suppri-
« mer et on décide mieux de la forme à donner à l'avi-
« vement une fois que l'on a, pour ainsi dire, la matière
« de la lésion en sa possession.

« J'ai l'habitude de détacher les lambeaux par trois
« coups de ciseaux, deux longitudinaux, dans le sens du
« vagin, et un transversal assez prolongé sur les côtés,
« passant à la base du museau de touche. Mon avive-
« ment a alors une forme trapézoïde qui me paraît
« répondre mieux à la réalisation du résultat à obtenir.
« Ce trapèze régulier a sa petite base à la vulve et sa
« grande base au col. La façon dont je place alors les
« sutures m'assure d'un rétrécissement certain du cul-
« de-sac du vagin. »

Ces sutures sont faites de la façon suivante : A quel-ques millimètres du bord de la muqueuse avivée de chaque côté, on place une série de points verticaux.
« Ces points sont destinés à renforcer la résistance des bords de la plaie contre la tendance habituelle des points horizontaux à sectionner les tissus. Ce sont autant de crampons ou sutures d'appui, scellés dans la paroi vaginale et destinés à retenir l'anse des sutures horizontales (1). »

Quand la portion vaginale supérieure est flottante et ne donne plus un point d'appui solide à l'utérus, tandis que le vagin inférieur est sain, les colporrhaphies antérieures et postérieures doivent être limitées rationnellement à la portion malade.

(1) DOLÉRIS. *Bull. de la Société obstétricale de Paris*, 188).

C'est pour ces cas que M. Doléris a imaginé un procédé de colporrhaphies pirœ et rétro-cervicales.

Voici comment on procède pour l'opération de **la colporrhaphie pirœ-cervicale**. On introduit dans le vagin sur sa paroi postérieure une valve d'assez grand modèle et on place deux pinces assez haut sur les parties latérales de la vulve, afin de la rendre béante. On saisit également avec une pince à col les lèvres de l'utérus et on l'attire ainsi fortement en bas et en arrière. De ce fait, la paroi vaginale antérieure apparaît sur un plan à peu près vertical et bien tendue. On pratique alors au bistouri sur cette paroi vaginale une surface d'avivement de forme triangulaire et dont la base du triangle répond à l'angle de réflexion du vagin sur le col. Cette base mesure 5 centimètres environ ainsi d'ailleurs que les côtés latéraux du triangle dont le sommet aboutit de cette façon à la partie moyenne de la colonne antérieure du vagin. On décolle avec le doigt à cause des dangers des perforations de la paroi vésicale sus-jacente, la partie de muqueuse inscrite dans ce triangle et l'on procède alors aux sutures des bords de la surface d'avivement, mais d'une façon toute spéciale. En partant de chaque angle, on place trois points de suture qui, allant vers le centre affrontent deux à deux les côtés adjacents et qui, en rapprochant progressivement leurs côtés amènent leurs milieux respectifs au centre de la figure. On a ainsi trois sutures convergant vers le centre sans cependant s'atteindre et il suffit pour obtenir un affrontement complet de passer un fil sur les trois bords encore flottants et de le serrer à la façon d'un cordon de bourse.

Quand à la **colporrhaphie rétro-cervicale** indiquée lorsqu'il y a colpocèle postérieure profonde, elle a pour but de réduire le cul-de-sac postérieur afin de rendre au vagin ses dimensions normales qui lui permettront d'être un solide point d'appui pour la musculature utérine. Cette opération se pratique de la même manière que la colporrhaphie piræ-cervicale.

Comme dans celle-ci, l'avivement est triangulaire, sa base est située au niveau de l'insertion du vagin sur le col, mais il est généralement nécessaire de donner à cette base une largeur plus grande. Les sutures sont faites d'une façon identique afin d'obtenir une cicatrice linéaire à trois branches. L'incision et la suture intéressent ici toutes les couches du cul-de-sac sauf la couche péritonéale. Cette opération est souvent combinée avec la périnéoplastie par glissement qui complète le résultat au niveau de la partie inférieure du vagin.

Nous venons de décrire brièvement le manuel opératoire de notre maître, mais nous devons dire ici quelles sont les conditions et les précautions nécessaires à l'obtention d'un bon résultat.

La perfection du temps opératoire ne suffit pas à assurer l'intégrité de la route vaginale. Ce qui est à redouter surtout dans une région où les sources d'infection sont nombreuses, c'est la suppuration même limitée, c'est la réunion par bourgonnement, susceptible de créer un tissu de cicatrice inextensible et s'opposant, sauf déchirure aux mouvements d'ampliation de l'organe. Il faut obtenir une réunion parfaite par première intention et les soins préliminaires et surtout consécutifs doivent être dirigés vers ce but.

La malade est baignée et purgée la veille de l'opération. La vulve est soigneusement rasée, de très près. Le vagin est savonné avec un tampon de coton, le brossage ayant l'inconvénient de produire une irritation mécanique, qui pourrait faciliter l'infection. Une irrigation antiseptique prolongée est portée dans les moindres recoins du vagin,

en particulier dans le cul-de-sac postérieur. Dans la pratique courante, le nettoyage extemporané peut suffire ; mais dans les cas où il y a de la vaginite et de la métrite concomittantes, la désinfection vaginale doit commencer plusieurs jours avant l'opération. On pratiquera des lavages antiseptiques, on touchera au besoin le col avec des solutions énergiques, et on fera des pansements vaginaux à la gaze iodoformée. Ce n'est que lorsque l'état aseptique de la région paraîtra suffisant que l'on se décidera à prendre le bistouri. Ces précautions peuvent paraître superflues, mais quand on songe à l'importance qu'il y a, surtout chez des femmes jeunes, à obtenir une coaptation parfaite et rapide par première intention. Quand on pense aux dangers que la moindre bride cicatricielle peut faire courir au fœtus, aux applications de forceps qu'elle peut nécessiter et à la nouvelle déchirure qu'elle peut occasionner, on ne regrette pas d'apporter à la préparation d'une bonne réunion tous les soins possibles et la plus grande minutie.

Pendant l'opération, indépendamment des soins aseptiques vulgaires, il est bon d'opérer sous le courant continu. Celui-ci a l'avantage d'assurer l'antisepsie pendant toute la durée de l'opération à la fois d'une façon mécanique et d'une façon chimique. Il rend le plus souvent l'hémostase inutile en entraînant le sang qui générerait l'opérateur et qui non étanché, coagulé sous les sutures servient de milieu de culture propice à la pullulation des hôtes habituels du vagin. Le courant continu diminue ou supprime le rôle de l'aide et rend donc inutile l'usage de tampons ou d'éponges.

En somme, son emploi procure des avantages multiples : simplification, moindre traumatisme, antiseptie constante.

Pour les sutures, le choix du fil est extrêmement important. Pour les points extérieurs, le crin de Florence est préférable au fil d'argent ; moins gros, plus souple, il coupe moins les tissus et son extraction n'est pas douloureuse. Pour les points de suture faits dans le vagin, on doit se garder d'employer le catgut. En effet, celui-ci est résorbé souvent trop tôt, avant que la réunion ne soit complète. C'est à la soie seule qu'il faut s'adresser, à la soie plate de grosse dimension et laissée à demeure de 10 à 12 jours.

Une grave question est de savoir si le pansement aseptique peut-être employé après les opérations sur le vagin ? Nous ne le pensons pas. En effet si tel doit être le pansement de choix dans toutes les régions où l'inoculation post-opératoire n'est pas à redouter, il n'en est pas de même là où les chances d'infections réapparaissent dès que l'antiseptie n'entre plus en jeu, là surtout où les conduits naturels viennent déverser quoi qu'on fasse des produits d'excrétions normaux ou pathologiques. Le pansement à l'iodoforme est ici le pansement de choix que nul n'a encore pu détrôner.

Faut-il constiper la malade ? Certains donnent de l'opium de façon à éviter les selles pendant les premiers jours. Cette manière de faire, théoriquement bonne, a en pratique l'inconvénient de nécessiter l'expulsion vers le huitième jour de matières dures et volumineuses, au prix quelquefois de grands efforts qui peuvent venir

compromettre un résultat encore incomplet. Il nous paraît plus sage de laisser la nature agir librement à sa guise, sauf à assurer la propreté après chaque défécation.

Quant à l'évacuation de l'urine, elle doit être pratiquée artificiellement, soit à l'aide d'une sonde à demeure, soit de préférence par un cathétérisme répété toutes les cinq ou six heures.

Le pansement externe, vulvaire, doit être surveillé de près par une personne expérimentée et changé toutes les fois qu'il semble souillé. Le pansement vaginal peut être conservé cinq ou six jours sans inconvénient. Toutes ces manœuvres doivent être pratiquées avec la plus grande douceur, de façon à éviter le moindre traumatisme, le moindre tiraillement de fil, et en évitant d'écarter les cuisses qui doivent être maintenues attachées l'une à l'autre par un lieu placé au-dessus des genoux.

Nous avons parlé plus haut de la désinfection vaginale préopératoire. Nous tenons à insister sur ce point en faisant remarquer combien cet acte est important dans les cas d'inflammation génitale, inflammation, qui en dehors des causes banales et faciles à déceler, peut encore être la résultante de lésions latentes dont nous voulons dire un mot : c'est-à-dire des lésions musculaires sous-muqueuses.

Ces lésions musculaires se produisent généralement chez la primipare où l'accouchement ne peut se faire sans quelques dégâts. Les dimensions de la vulve et du vagin intacts ne peuvent guère permettre le passage de la tête du fœtus à terme. C'est dire que souvent il y aura

effraction à déchirure. Mais dans les cas où la tête fœtale progresse très lentement, la muqueuse éminemment souple et élastique ne s'éraille même pas et l'observateur non prévenu peut croire à un heureux résultat, alors que souvent il s'est produit des déchirures musculaires sous-muqueuses, d'autant plus graves qu'elles passent aisément inaperçues. Le périnée peut rester ainsi sans soutien avec seulement de la peau et de la muqueuse séparées par quelques fibres musculaires éraillées et sans tonicité utile.

Les femmes dont la vulve et le vagin sont ainsi béants semblent devoir accoucher plus facilement. La fécondation elle-même semble plus aisée. Il n'en est rien et ces femmes demeurent souvent stériles (1).

Les raisons en sont multiples. La copulation ne s'accomplit normalement que dans un vagin bien contractile. De plus les fausses routes sont favorisées par le relâchement des parois vaginales et surtout la fausse route postérieure. Le cul-de-sac postérieur se laisse déprimer et forme réceptacle au grand détriment de la pénétration du sperme dans le col utérin.

De plus, la statique utérine est aussi très modifiée par le défaut de tonicité vaginale. Le prolapsus à tous les degrés est une cause de stérilité, soit par les coudures de l'axe vagino-utérin, soit par les flexions de l'utérus sur lui-même. Autant d'obstacles à la fécondation, et si celle-ci se produit autant de facilités d'avortement.

(1) Voir LEFÈVRE, 1898. Une forme commune de la stérilité féminine.

La vulve béante, le vagin ouvert, l'utérus mal soutenu sont des proies faciles pour les infections venues du dehors.

De plus la muqueuse mal soutenue par les plans musculaires sous-jacents s'enflamme aisément. Aussi vaginite, cervicite, sont les attributs des femmes sans périnée et un mauvais milieu pour la fécondation.

« A une période peu éloignée du début des accidents,
« l'insuffisance du périnée n'est plus un fait pathologique
« isolé — elle forme avec le déplacement et l'inflamma-
« tion chronique des organes un syndrome dont les trois
« facteurs se combinent de façons diverses, et par un
« cercle vicieux, réagissent l'un sur l'autre pour ne cesser
« d'augmenter leurs effets respectifs (1) »,

C'est ainsi que l'on voit des jeunes femmes, ayant déjà eu un ou deux enfants, demeurer stériles jusqu'au moment où l'on remédie à l'insuffisance périnéale, cause de tout le mal.

C'est sur des femmes présentant ce complexe pathologiques que sont pratiquées les plus souvent les opérations plastiques qui nous occupent.

Et si l'on veut se souvenir que pour que le remède soit efficace, pour que le résultat opératoire soit bon d'une façon immédiate et éloignée, il importe de se débarrasser d'abord complètement de l'élément inflammatoire concomitant, on comprendra aisément pourquoi nous adoptons et nous préconisons une longue période de soins antiseptiques pré-opératoires.

(1) VEDEL, *Ann. de Gynécologie*, août 1891.

DISCUSSION

Les opérations vaginales réparatrices sont d'une incontestable utilité. Leur nécessité même s'impose souvent, quand les désordres anatomiques sont considérables, quand ils apportent avec eux un élément pathologique, d'ordre inflammatoire.

Proposées pour la femme qui a atteint ou dépassé la ménopause, on ne peut donc leur faire aucune objection.

Au contraire, chez la femme jeune, on peut craindre qu'elles apportent un obstacle à l'accouchement. Le premier accouchement, peut-on dire, ne s'est terminé que grâce à la rupture d'un obstacle et il paraît illogique de reconstituer cet obstacle chez toute femme pouvant encore concevoir. Il paraît encore plus illogique de reconstituer le périnée d'une femme enceinte, comme cela a été fait par plusieurs opérateurs; la brèche laissée grande ouverte favorisera l'expulsion rapide du fœtus.

Il n'est pas téméraire de penser que la disparition de la musculature vaginale, qui joue un certain rôle dans la période expultrice, ne peut-être que nuisible. Et la dilatation elle-même ne peut être que contrariée lorsque

le col utérin n'est point soutenu de bas en haut par la musculature du vagin supérieur, lorsqu'il lui est permis de fuir vers le bas devant la pression de la tête fœtale. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'accouchement précipité est favorisé par le défaut de résistance du vagin et du périnée : accouchement précipité dont les dangers sont bien connus.

La disparition d'une partie ou totalité du faisceau du releveur de l'anus, qui intact est quelquefois un obstacle à la rapidité de l'expulsion, ne doit pas réjouir outre mesure l'accoucheur. On a dit à juste titre que le périnée est la colonne sur laquelle s'appuie la résultante des forces de pression abdominale et pelvienne. Cela est vrai à l'état normal comme à l'état de grossesse et c'est encore vrai pendant le travail où toutes les forces musculaires entrent en jeu, pour se combiner et prendre en quelque sorte point d'appui les unes sur les autres.

Les expériences de Dubois, de Farabœuf, de Varnier ont bien montré que la rotation qui dans la présentation du sommet, par exemple, ramène l'occiput sous la symphise est commandée par l'énergie combinée des faisceaux musculaires du releveur et du plancher périnéal inférieur. L'intégrité de toutes ces parties est utile pour diriger normalement la sortie de la tête fœtale. Que l'une d'elles soit désorganisée et le fonctionnement des autres en sera également atteint.

En somme, la connaissance anatomique de la musculature vagino-péritonéale et son rôle physiologique au moment de l'expulsion du fœtus nous amène à conclure à la nécessité des opérations réparatrices pour l'accomplissement d'un bon accouchement.

Examinons maintenant en détail les observations que nous publions à la fin de cet essai, et les faits épars un peu partout déjà publiés. Parmi ces derniers, il en est pour lesquels il faut faire des réserves. Il ne faut point faire entrer en ligne de compte les opérations faites — en quelque sorte par complaisance — chez des femmes à qui on peut d'avance prédire la récédive.

« Nous avons échoué, dit Mangin, au Congrès de Genève, chez des femmes à tissus flaqueux, mais dans ces cas, très souvent, tous les procédés sont mauvais. Nous citerons comme exemple l'observation d'une malade, maigre, chétive, chez laquelle le résultat d'une élytrorrhaphie fut détruit à la suite d'un accouchement. Une hystéropexie faite par un autre chirurgien donna un succès de quelques semaines. Puis les adhérences à la paroi abdominale se relâchèrent et la malade revint nous voir avec son utérus à la vulve est une forte éventration. »

Voici d'abord quelques statistiques étrangères :

Dorff, assistant de Hegar, a publié une intéressante statistique comprenant 136 observations. Il n'a pu recueillir de renseignements certains que sur 63 opérés. Sur ce nombre, 53 étaient guéries. 9 avaient accouché sans accident et sans récédive consécutive. Chez dix opérées, il y avait eu insuccès soit primitif, soit tardif, dont deux fois par nouvel accouchement. (1).

Schroöder rapporte de même, trois observations d'accouchements après des opérations sur le vagin ou sur

(1) DORFF. *Wien. medical Blätter*, 1879, n° 47-52. et 1880, n° 1, 4 et 5.

le périnée et ces trois accouchements se sont effectués sans nuire au résultat acquis.

L'observation I (personnelle) semble, à un examen superficiel, ne pas être d'accord avec nos conclusions, puisque l'accoucheur est intervenu et a pratiqué une incision au niveau de la suture périnéale. Mais il faut remarquer que cette incision a porté sur une bien faible partie de la suture, puisque l'ancienne cicatrice subsiste en donnant à elle seule une bonne hauteur au périnée et une solidité suffisante, et que d'autre part l'incision du périnée faite préventivement, peut-être même hâtivement puisqu'elle a été faite en même temps que la perforation artificielle des membranes, est moins probante qu'une déchirure spontanée.

La portion du périnée qui a trouvé grâce devant le bistouri, a suffi à elle seule pour empêcher toute béance de la vulve et pour soutenir sûrement la colonne postérieure du vagin. Quant à la minime partie sacrifiée, il est douteux qu'elle eût cédé à l'effort de la tête fœtale, encore que cette tête fut grosse, si l'on considère les résultats habituels des débridements vulvaires, à savoir qu'ils constituent une amorce toute prête pour une déchirure spontanée plus étendue, ce qui n'a pas eu lieu dans notre cas.

A notre avis, cette observation vient donc à l'appui de notre thèse, puisqu'elle montre un périnée reconstitué et résistant au passage d'un gros fœtus, malgré les conditions défavorables dans lesquelles le plaçaient le débridement et aussi la rapidité de l'accouchement. En effet, la rupture artificielle des membranes a eu lieu à dix

heures et demie, et accouchement et délivrance étaient terminés à onze heures.

L'ampliation du vagin et du périnée s'est donc produite assez brusquement.

La cause qui aurait pu favoriser une nouvelle déchirure ne se retrouve pas chez notre malade. En effet, chez elle, il n'y avait pas eu de suppuration post-opératoire. Le résultat immédiat avait été excellent avec réunion par première intention ; donc pas de tissu cicatriciel inextensible et prêt à se rompre. Tout au plus pourrait-on incriminer la hauteur sur laquelle le nouveau périnée a été reconstruit et supposer, gratuitement d'ailleurs, que cette hauteur était exagérée, en se rappelant ce que dit Budin sur les causes des déchirures.

« Indépendamment des causes qui tiennent à la nature des tissus, il y en a qui résultent de la direction vicieuse suivant laquelle la tête effectue sa sortie, une grande inclinaison du bassin en avant, ou une longueur exagérée de la gouttière périnéale, gênant la déflexion de la tête (1) ».

Dans les vingt-quatre observations qui suivent, l'accouchement, survenu à des périodes plus ou moins éloignées de l'opération, c'est toujours produit sans effraction. Quelques-unes des opérées ont même eu plusieurs grossesses consécutives qui se sont heureusement terminées. Nous rapportons ainsi en tout trente-six accouchements et dans un seul cas, celui de l'observation une, la suture périnéale a été entamée ; encore est-ce bien par une incision libératrice préventive.

(1) TARNIER et BUDIN, III, p. 378.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle)

M. F..., 31 ans, sans profession.

La mère est morte tuberculeuse, le père est vivant et bien portant.

L'enfance a été malade, elle a été difficile à élever, a eu des engorgements ganglionnaires au niveau du cou et n'a marché qu'à 3 ans.

Elle est demeurée de petite taille (1^m40) sans présenter de signes de rachitisme. La colonne vertébrale est normale et le bassin n'est pas rétréci.

Les règles se sont installées à 13 ans, elle ont toujours été irrégulières et douloureuses. La durée moyenne de la menstruation est de 5 à 6 jours.

Jeune fille, la malade a eu une période d'anémie assez longue et des pertes blanches abondantes.

Mariée à 23 ans, sa première grossesse date de l'année même de son mariage. Cette grossesse a été très pénible, avec des vomissements fréquents et de fortes douleurs abdominales. La malade était obligée de passer une grande partie de son temps couchée. Pendant le cinquième et le sixième mois il y a une période d'accalmie, mais vers le septième mois les douleurs et les accidents nerveux reprennent avec la même intensité et vont sans cesse en croissant jusqu'à l'accouchement.

L'analyse des urines ne décèle pas trace d'albumine. L'accou-

chement est cependant normal. La durée totale du travail est de 22 heures, l'enfant vient à terme, bien portant et pèse 2.500 grammes. Au moment de l'expulsion, le périnée est largement déchiré. Les suites de couches sont normales mais la déchirure périnéale n'a pas été suturée.

La deuxième grossesse survient 15 mois après. Aussi douloureuse que la première avec reproduction des mêmes phénomènes nerveux. Au moment du travail le col de l'utérus est entraîné dans le vagin et apparaît à la vulve avant la dilatation complète. On pratique la dilatation forcée et on extrait un enfant à tête volumineuse. Quelques jours après apparaissent des douleurs abdominales assez violentes, la température s'élève et le ventre est légèrement dur et ballonné. Néanmoins cet état dure peu de temps, tout rentre dans l'ordre et la malade peut se lever au bout d'un mois.

Un an après, nouvelle grossesse, également douloureuse. Fœtus à terme vivant. Les suites de couches sont mauvaises, les lochies persistent, abondantes et sanguinolentes. Quarante jours après l'accouchement, la malade entre à la maison Dubois, où l'on constate une rétention placentaire. On lui fait un curettage suivi de pansements utérins pendant plus d'un mois. Malgré ce traitement, la malade sort de l'hôpital encore souffrante. La marche réveille dans le bas-ventre les douleurs que le repos avait fait disparaître. Au bout de peu de temps survient une sensation de gêne et de pesanteur avec irradiations dans la région sacrée.

En 1898, peu de temps après le séjour à Dubois, la malade fut amenée à consulter M. Doléris. A l'examen l'utérus est trouvé en bonne position, mais il présente des signes d'inflammation. Le col est gros, ulcéré ; on voit un peu d'ectropion au niveau de la lèvre postérieure. La paroi postérieure du vagin est flottante ; le faisceau du releveur de l'anus est presque impuissant. La vulve est béante, le périnée largement déchiré jusqu'à un centimètre de l'orifice anal.

On pratique en une seule séance un curettage, un Shroeder et

une colpopérinéoplastie, tout cela après une période d'antiseptie vaginale qui dura une huitaine de jours.

Le résultat immédiat fut bon et on obtint une réunion par première intention sans trace de suppuration.

Depuis l'opération la malade ne souffre plus de l'abdomen et son état général est très bon. Elle passe ainsi une année au bout de laquelle elle devient enceinte. Mais cette fois la grossesse évolue d'une façon normale et presque sans phénomènes douloureux.

L'accouchement a lieu à terme. Le travail débute vers les trois heures du matin et à 10 h. et demi un médecin appelé pratique la perforation artificielle des membranes et en même temps une incision périnéale au niveau de la cicatrice de la colpopérinéorrhaphie.

A 11 heures accouchement et délivrance sont terminés. L'enfant qui ne fut pas pesé, était plutôt gros.

Deux mois après, en avril 1900, la malade vint consulter à nouveau, dans le service de M. Doléris. A l'examen, on constate que l'incision libératrice a été peu profonde, car la cicatrice ancienne, nettement délimitable remonte à environ 4 centimètres de l'orifice anal donnant ainsi au périnée une hauteur normale. Le faisceau du releveur de l'anus se contracte bien sur les doigts introduit dans le vagin. Le col de l'utérus est en bon état sans traces de déchirure. L'utérus lui-même est en position normale. La malade se plaint simplement de douleurs assez vagues en urinant et qui sont probablement d'origine nerveuse.

OBSERVATION II

P..., 22 ans.

Historique abrégé. — Sujet lymphatique : ossature grêle, cambrure lombo-sacrée très accusée.

A 18 ans, crise subite de douleurs abdominales qui n'ont jamais disparu complètement depuis.

Accouche en janvier 1885, après 16 heures de travail, perd du sang pendant six semaines. Etant nourrice, fatigue.

Au bout de quatre mois, douleurs de ventre, pesanteurs, pertes de sang continuelles.

Amélioration par séjour à la campagne, puis rechute. Prolapsus de plus en plus marqué. Miction fréquente, parfois douloureuse.

Symptômes. — Douleurs abdominales à gauche. Sécrétion muqueuse abondante de l'utérus et du vagin. Pertes sanguines continues avec exacerbations. Utérus gros et mou, dévié en arrière, avec éversion des deux lèvres du col et surgidité de la muqueuse. Le col affleure à la vulve au moindre effort. Adhérences postérieures en rapport avec une périmétrite gauche ancienne.

Diagnostic. — Prolapsus utérin. Cystocèle. Rétroversion mobile. Ovaro-salpingite chronique.

Traitement. — Septembre 1885, douches vaginales chaudes, repos à la campagne; février 1886: tampons aseptiques, injections chaudes; 7 avril 1886: colporrhaphie antérieure large, suture continue en étage au catgut. Raccourcissement du ligament rond droit, qui malheureusement cède et se rompt. Les fibrilles encore apparentes sont soudées solidement aux piliers avec des fils doubles de fort catgut.

Résultat. — Suites immédiates bonnes. Guérison de la cystocèle. Retour de l'utérus à la position normale, mais persistance de la salpingo-ovarite qui s'atténue lentement.

Résultat éloigné. — Revue à la fin de 1889, la malade est en bonne santé.

Elle se plaint. rapport à une ovaralgie gauche intermittente. Revue en janvier 1898, s'est très bien portée pendant sept ans, a eu deux grossesses heureuses. Actuellement neurasthénique et fatiguée. L'utérus tend de nouveau à se rétroverser.

OBSERVATION III

N.... 25 ans.

Historique abrégé. — La malade a eu deux grossesses n'offrant rien de particulier. Les accouchements ont été nor-

maux. Six mois après son accouchement elle a eu une constipation assez opiniâtre accompagnée de coliques ; à ces douleurs est venu s'ajouter un léger ballonnement du ventre.

Symptômes. — Des douleurs abdominales assez fortes avec une sensation de pesanteur et impossibilité d'efforts. De plus il existe une certaine difficulté de la marche et de la station debout.

Diagnostic. — Utérus mobile. Prolapsus. Retroversion intermittente. Cystocèle. Mollesse de tous les tissus.

Traitement. — Pendant quinze jours on administre des douches vaginales souvent répétées et on laisse des tampons à demeure. Après quoi on pratique une colporrhaphie antérieure avec Alexander double (4 mars 1886).

Résultat immédiat. — Bon.

Résultat éloigné. — L'opérée revue dans le courant de la même année, est devenue enceinte et elle accouche le 30 décembre 1886, sans aucune lésion.

OBSERVATION IV

L..., 29 ans.

Historique abrégé. — La malade a été mariée à 26 ans. Elle a toujours eu une menstruation assez irrégulière. Elle accouche à 27 ans subitement d'un enfant qui tombe à terre et le cordon se rompt : une hémorrhagie très abondante a lieu. Depuis, il y a toujours eu un peu de leucorrhée, quelques douleurs lombéo-abdominales et du prolapsus utérin. En 1888, survint une seconde grossesse qui fut assez douloureuse et qui fut interrompue (fausse couche) au quatrième mois.

Symptômes. — Il existe des douleurs abdominales, une oppression assez constante et des douleurs d'estomac. La marche est très pénible, ainsi que la station debout. Légère leucorrhée, neurasthénie.

Diagnostic. — Le col a l'aspect d'un champignon fongueux. L'utérus est en forme de gourde (cette disposition paraît due à la compression par un pessaire antérieur). Il existe du pro-

lapsus, une rétroversion complète avec flexion, une large colpocèle avec déchirure du périnée.

Traitement. — Le 18 décembre 1888, on pratiqua un curetage, un schröder, une colporrhaphie antérieure, une colpopérinéorrhaphie et un raccourcissements des deux ligaments ronds.

Résultats. — Depuis l'opération qui a eu des suites normales, sont survenues deux grossesses suivies d'accouchements à terme à treize mois d'intervalle et sans accidents. Les derniers renseignements pris en 1897 sont excellents.

OBSERVATION V

C..., 29 ans, 25 septembre 1888.

Historique abrégé. — La malade, mariée depuis neuf ans, a fait, après quatre ans de mariage, une fausse couche de trois mois. Jusqu'alors, ses règles venaient d'une façon normale-mais en petite quantité. A partir de cet accident, ses époques devinrent plus irrégulières et furent accompagnées de coliques. Elle alla consulter et fut soignée pour une métrite qui fut traitée par la cautérisation au fer rouge.

Symptômes. — Actuellement, la malade ne ressent pas de douleurs, les pertes blanches qui avaient duré pendant longtemps ont disparu, mais la malade est affectée de demeurer stérile.

Diagnostic. — A l'examen, on trouve une rétroversion et une rétroflexion de l'utérus, de la cervicité, des ovaires gros et des trompes prolabées sensibles.

Traitement. — Après une dilatation lente par des lamineaires, on pratique un curetage avec abrasion de la muqueuse du col. Puis une colporrhaphie bilatérale et un alexander double.

Résultats. — L'opération suivie de guérison permet, au bout d'un an, une grossesse avec accouchement à terme sans accident. L'année suivante, un nouvel accouchement eut lieu sans présenter aucune anomalie. Enfin, en 1895, survint un troisième enfant dans de très bonnes conditions. Les derniers renseignements de 1897 rapportent une très bonne santé.

OBSERVATION VI

H..., 29 ans, 13 octobre 1888.

Historique abrégé. — La malade mariée à l'âge de 17 ans, n'a jamais été trop forte de santé. Sujette à des migraines et à des crises gastriques, elle a vu survenir des grossesses qui toutes deux ont été très pénibles, compliquées de crises nerveuses et de gastralgie.

Symptômes. — Surtout depuis la deuxième grossesse terminée à l'âge de 21 ans, la malade se plaint de douleurs abdominales très vives, de douleurs de reins, s'exagérant aux époques menstruelles. En outre, il existe une faiblesse générale assez considérable, la malade est pâle et affaissée. Tous ces phénomènes empêchent tout travail et la marche elle-même est impossible.

Diagnostic. — L'examen montre qu'il existe une rétroversion assez accusée, de la cystocèle, de la colpocèle double et de la cervicite.

Traitement. — Dilatation lente avec des laminaires. On fait un curage et l'abrossion de la muqueuse malade au thermocautère. On pratique ensuite une colporrhaphie antérieure et postérieure et un alexander double.

Résultat. — La guérison normale fut suivie d'une grossesse heureuse et d'un accouchement à terme sans aucune lésion. Une deuxième grossesse survenue en 1894 fut accompagnée de vomissements incoercibles et se termina par un avortement au septième mois, malgré un traitement électrique fait à la Pitié.

OBSERVATION VII

A..., 19 novembre 1890, 25 ans.

Historique abrégé. — La malade d'une santé toujours bonne, fit une fausse couche de deux mois, après un an de mariage à 18 ans. Voyageant beaucoup se livrant à de nombreux exercices physiques souvent à l'excès et s'occasionnant ainsi de

fortes fatigues. Après cette fausse couche, elle ressentit des pesanteurs dans le ventre et une douleur très sensible du côté droit. Traitée par le repos et par des topiques pour une salpingo ovarite droite qui depuis a toujours eu des récives fréquentes.

Symptômes. — La malade se plaint de douleurs très vives à droite avec poussées paroxystiques deux à trois fois par an (Une de ces poussées coïncidant avec une exacerbation de la salpingo-ovarite, formant tumeur volumineuse, a évolué sous mes yeux). Il y a une leucorrhée et une constipation habituelle.

Diagnostic. — A l'examen, on trouve de la cervicite qui offre tous les caractères de la chronicité, une salpingo-ovarite droite, de la rétrodéviatiou utérine, de la colpocèle antérieure et postérieure, mais il y a prédominance de la colpocèle postérieure profonde.

Traitement. — Au début, la malade en pleine période d'évolution de salpingo-ovarite fut traitée par le repos et des soins locaux. Plus tard, on dilate progressivement l'utérus à la laminaire, on fit un tamponnement et un redressement à la sonde. Enfin dans une troisième séance, on procéda à un curettage suivi de l'opération de Schröder, d'une colporrhaphie antérieure et postérieure et du raccourcissement des ligaments ronds.

Résultat. — Il est survenu depuis, trois grossesses qui ont suivi leur cours normal se terminant par l'accouchement à terme et sans lésions d'enfants bien portants. Les derniers renseignements datent de 1898 et ne signalent aucune particularité.

OBSERVATION VIII

W..., 25 ans, 13 juin 1891.

Historique abrégé. — La malade a eu trois grossesses dont la seconde seule sans accidents. La première et la troisième ont été suivies d'accidents fébriles, de métrite et de salpingo-ovarite. Il est même survenu de la rétrodéviatiou utérine qui

paraît avoir été surtout la conséquence de l'inflammation pelvienne. A partir de la dernière couche, la santé est languissante.

Symptômes. — La malade se plaint d'avoir perdu ses forces et l'appétit, elle sent que la marche est devenue difficile et pénible, ses digestions sont lentes et l'estomac se ballonne après les repas, en outre il existe de fortes douleurs pelviennes, le tout ne tardant pas à amener un état général mauvais avec pâleur et amaigrissement.

Diagnostic. — A l'examen, on trouve de la cervicite, une colpocèle postérieure et une rupture du périnée. Le toucher fait reconnaître une rétrodéviation et une salpingo-ovarite adhérente.

Traitement. — Après une dilatation progressive à la laminaire, on fait un curettage, un schröder, une colpopérinéorrhaphie et le raccourcissement des ligaments ronds.

Résultat. — L'opération eut de bonnes suites et la malade revint bientôt à la santé. Enceinte en 1897, elle accouchait le 25 décembre normalement d'un enfant à terme. Depuis, il y a eu un second accouchement à terme.

OBSERVATION X

N..., 30 ans, 30 mars 1892.

Historique abrégé. — La malade, mariée à 24 ans, de constitution assez robuste, faisait, dans une maison de commerce, des travaux très pénibles. Son premier accouchement, datant de 1887, fut assez long, cependant que la grossesse avait été très heureuse. Une seconde grossesse survint 2 ans plus tard, très normale dans son évolution et dans sa terminaison. L'année suivante, de nouveau enceinte, elle n'accoucha qu'après un travail de 22 heures et au prix d'une déchirure périnéale mesurant au moins trois centimètres.

Symptômes. — Actuellement, on voit la vulve béante, le périnée délivré jusqu'à un centimètre de l'anus, il existe une

leucorrhée abondante. On trouve un prolapsus léger et une colpocèle double.

Traitement. — Pendant plusieurs jours, des douches vaginales souvent répétées et tamponnement continu. Attouchement de la muqueuse du col avec une solution de nitrate d'argent au 1/30^e. Le 30 mars 1892, on pratique un Schröder, une colporrhaphie antérieure et une colpopérinéoplastie.

Résultat. — La malade, très rapidement rétablie, reprenait ses occupations habituelles et devenait à nouveau enceinte en 1893, pour accoucher, en mars 1894, d'un enfant à terme. L'accouchement normal se fit sans aucune lésion.

OBSERVATION X .

P. de T..., 29 ans, 25 novembre 1891.

Historique abrégé. — Mariée à 22 ans, la malade a toujours joui d'une bonne santé. Deux ans après son mariage, elle accouche à terme d'un enfant pesant 2.800 grammes. L'accouchement ne fut pas très pénible, mais ne put se terminer sans une déchirure du périnée. La déchirure ne fut pas traitée. Depuis un an, la malade a commencé à ressentir des douleurs vagues dans l'abdomen, douleurs qui vont en augmentant, et elle accuse beaucoup de pertes blanches.

Symptômes. — Il existe, en effet, une leucorrhée abondante, le col dont les lèvres sont rejetées en dehors, donnent issu à un écoulement purulent. Il y a du prolapsus marqué, une colpocèle double. Le palper et le toucher combinés font connaître l'existence de demi petites tumeurs bilatérales très peu mobiles.

Diagnostic. — Cervicite chronique, colpocèle double, prolapsus et salpingo-ovarite double.

Traitement. — D'abord une longue période de lavages vaginaux avec tamponnement. Puis le 25 novembre 1891, on pratique un Schröder, une colporrhaphie antérieure et une colpopérinéoplastie.

Résultat — Immédiatement bon. Et le 10 avril 1893, après une grossesse heureuse, accouchement à terme, sans lésion, d'un enfant plutôt gros, mais qui n'a pas été pesé.

OBSERVATION XI

P..., 35 ans, 23 octobre 1888.

Historique abrégé. — La malade, femme de la campagne, adonnée aux travaux des champs, a été mariée à 21 ans. Elle a eu dans l'intervalle six grossesses dont la dernière à l'âge de 32 ans. Sur ces six grossesses, deux se sont terminées par des fausses-couches de deux et trois mois attribuées à des accidents. Deux accouchements ont eu lieu avant terme au septième mois, enfin les deux autres ont eu lieu à terme. Depuis la malade a des menstrues douloureuses et des douleurs en ceinture avec sensation de pesanteur dans le petit bassin.

Symptômes. — Il existe des douleurs abdominales à peu près constantes et exaspérées par la moindre secousse. Les parois vaginales flasques laissent percevoir de la rectocèle et de la cystocèle. Le muscle releveur ne se contracte pas sous le doigt et le périnée est manifestement insuffisant.

Diagnostique. — Endométrite, rectocèle, cystocèle, amincissement et insuffisance du périnée.

Traitement. — On pratique la dilatation progressive à la laminaire, on fait un curettage avec excision de la muqueuse du col, une colporrhaphie antérieure et une colpopérinéoplastie.

Résultat. — La guérison se fit sans particularité et l'opérée devenait enceinte un an plus tard pour accoucher à terme sans aucune lésion.

OBSERVATION XII

L..., 30 ans.

Historique abrégé. — D'une bonne santé, la malade fut mariée à 24 ans. Quelques temps après, perdant continuellement en blanc elle alla consulter et on lui fit des applications de caustiques intra-utérins. Depuis la leucorrhée a diminué d'intensité, mais ses règles sont devenues capricieuses.

Symptôme. -- Actuellement, la malade se plaint précisément de cette amenorrhée intermittentes et de pertes blanches.

Diagnostic. — Cervicite chronique, antéflexion et colpocèle postérieure.

Traitement. — Après une période de soins antiseptiques, on pratique un curettage après dilatation, un Schröder et une colporrhaphie moyenne postérieure.

Résultat. — Les suites opératoires furent bonnes et depuis la malade a eu deux grossesses consécutives avec accouchement à terme sans accident.

OBSERVATION XIII.

Daliban, 31 ans, sans profession.

Historique rapide. — Pas d'antécédents héréditaires, mariée à 21 ans. Santé assez bonne, ressent seulement des douleurs abdominales à l'époque de ses règles qui reviennent à date très régulière. Est restée stérile pendant dix ans de mariage.

Symptômes. — Douleurs abdominales, pesanteur dans le bas-ventre, surtout à ses époques.

Diagnostic. — Endocervicite. Conicité du col, antéflexion. Colpocèle ante et rétro cervicale, cystocèle légère.

Traitement. — Dilatation, curettage, abrasion de la muqueuse du col. Colporrhaphie pro et rétro-cervicale.

Résultat immédiat, bon.

Résultat éloigné : deux grossesses ultérieures à terme et sans accident, après répétition de la dilatation à Bordeaux par le professeur Lannelongue.

OBSERVATION XIV

M..., 24 ans.

Historique abrégé. — La malade a eu trois accouchements en trois ans. Il y a eu déchirure du périnée. Deux essais de suture furent suivis d'échec.

Symptômes. — Douleurs abdominales, pesanteur et gêne à la marche.

Diagnostic. — Cervicite, prolapsus, colpocèle double, déchirure ancienne.

Traitement. — Curettage, Schoroder, colporrhaphie antérieure, colpopérinéorrhaphie.

Résultat. — Suites opératoires bonnes et deux ans après, une grossesse avec accouchement à terme sans accident.

OBSERVATION XV

M^{me} E. T..., 24 ans, 13 mars 1891.

La malade a eu deux grossesses, la première s'est terminée à terme par un accouchement qui a occasionné une légère déchirure du périnée qui n'a pas été traitée. Le second accouchement également à terme a produit une déchirure complète du périnée et de la cloison vaginale.

La malade vint consulter dans cet état quelques temps après l'accouchement. Elle présentait en outre un col enflammé avec écoulement.

On pratiqua l'amputation du col par le procédé de Schröder et une colpopérinéorrhaphie.

Les suites opératoires furent bonnes et depuis, il y a eu deux grossesses normales dont les accouchements ont été faits à terme par M. Doléris. Aucun incident.

OBSERVATION XVI

M^{me} Ser..., 11 mai 1891.

Agée de 26 ans, est mariée depuis cinq ans et a eu une grossesse heureuse qui s'est terminée par un accouchement avec légère lésion du périnée. Se plaignant de douleurs dans le ventre, elle vient consulter, et on trouve à l'examen une rétroversion de l'utérus, une colpocèle double et un état catarrhal de la muqueuse endocervicale.

On pratique un Schröder et une colpopérinéorrhaphie vite suivis d'une amélioration considérable. En octobre 1894 est survenu un nouvel accouchement sans incident.

OBSERVATION XVII

M^{me} C..., 32 ans, juin 1888.

C'est une primipare qui depuis son accouchement a toujours

souffert du ventre. Surtout à ses époques, les douleurs deviennent plus fortes, et elle se voit obligée de garder le lit, se trouvant soulagée par le repos.

A l'examen, on trouve les parois du vagin très flasques, du prolapsus utérin avec subinvolution de l'endométrite hémorrhagique.

Après une dilatation lente, on pratique un curettage, un écouvillonnage, une colporrhaphie antérieure et une colpopérinéoplastie.

Trois mois après, il y a début de grossesse et en juin 1894, la malade se trouvait à Marseille où elle a accouché à terme sans aucun incident à noter.

OBSERVATION XVIII

M^{me} M... Douai. 24 ans, 24 janvier 1891.

Cette malade, dont nous n'avons pu retrouver les antécédents, s'est présentée à la consultation avec un ectropion volumineux, une large colpocèle postérieure. L'utérus est prolabé et rétro-dévié. Il existe en outre de l'endométrite.

Après dilatation on fit un énergique curettage, on amputa le col par le procédé de Schröder et on finit par une colpopérinéoplastie. En outre, la malade porta un pessaire pendant quatre mois.

Il y eut une grossesse en mars 1893, avec accouchement à terme sans accident.

OBSERVATION XIX

M^{me} Mes..., 30 ans, 10 novembre 1892.

La malade mariée à 23 ans a eu deux grossesses. Toutes deux sont arrivées à terme mais la seconde a occasionné des dégâts périnéaux : l'enfant était très gros.

Actuellement, la malade présente une laceration périnéale totale, de la cervicite scléro-kystique et de la colpocèle double.

Après dilatation et curettage, on fait l'amputation du col par

le procédé de Schröder et on termine par une colpopérinéoplastie.

Quatre mois après, la malade est enceinte mais fait une fausse couche de trois mois. Depuis il y a encore eu deux fausses couches de deux mois et de quatre mois et demi. Enfin, le 28 janvier 1898, elle a accouché à terme sans accident d'un enfant bien portant.

OBSERVATION XX

M^{me} Lo..., 26 ans, 19 mars 1887.

Se plaint de douleurs dans le ventre, d'épreintes pelviennes surtout de n'avoir pas d'enfant. A l'examen on trouve de la métrite, du prolapsus. En outre un certain degré de cystocèle et de rectocèle.

On pratique un cûrage, un Schröder, une colporrhaphie antérieure et une colporrhaphie postérieure, un Alexander double.

Les suites opératoires furent bonnes et trois ans après, en 1890, avait lieu un accouchement à terme sans aucune lésion.

OBSERVATION XXI

M^{me} B..., 37 ans.

La malade a été mariée à 23 ans. Elle a eu cinq enfants ; les accouchements ont été normaux mais très douloureux et très rapides. Le dernier accouchement a produit une déchirure périnéale non encore réparée.

Depuis cet accouchement, la malade se plaint de fatigue dans les jambes, la marche est difficile et la station debout pénible.

L'examen laisse voir du prolapsus utérin avec cervicite et une déchirure périnéale.

Le 22 juillet 1892, on pratiqua un Schröder, un écouvillonnage, une colporrhaphie antérieure et une colpopérinéorrhaphie.

Le résultat immédiat fut bon et depuis, cette femme est devenue enceinte; l'accouchement a eu lieu avant terme à sept mois et demi.

OBSERVATION XXII

M^{me} de B..., 1887, est âgée de 30 ans. C'est une grande blonde à tissus lâches, à tempérament lymphatique. Pendant son enfance, elle s'est livrée à des exercices violents (cheval, gymnastique, etc) d'une façon outrée.

Elle a été réglée à 13 ans. Pendant les règles et l'intervalle des règles, elle se livre aux mêmes exercices avec la même exagération. A 17 ans, elle est atteinte de métrorrhagies alternant avec une leucorrhée épaisse, jaune verdâtre et cela en pleine santé pendant quatre mois. Atteinte ensuite de douleurs abdominales violentes, elle reste au lit pendant un mois.

Un an après, à 18 ans, elle se marie, l'affection reparait sous forme de métrorrhagies, écoulement purulent, douleurs et fièvre. Elle est soignée par le docteur H. de C.

Soignée ensuite par MM. B. et T., ce dernier pratique l'amputation du col mais essaie en vain de faire de la dilatation avec les lamineaires.

On diagnostique alors une antéflexion congénitale et l'on met un pessaire.

Dep..., consulté ne voit pas la flexion, juge la matrice trop petite et déclare qu'il y a insuffisance de développement.

Ri..., trouve la malade admirablement faite.

P..., constate une affection des ovaires et propose de les enlever. Elle se soumet ensuite au docteur Ch., qui propose de faire la dilatation et l'écouvillonnage, et l'envoie à M. Doléris.

Examen de mai 1887 : La vulve est petite. Les parois du vagin sont relâchées, il y a même une cystocèle assez accentuée. L'utérus long de 8 centimètres est en antéflexion. Le museau de tanche fait une saillie de 2 centimètres environ, il est pointu, l'orifice externe est relativement large à l'entrée, mais aussitôt trois millimètres environ, il devient très étroit.

On propose une opération qui est pratiquée le 23 juin 1887.

Opération. — Après dilatation préalable assez mal supportée on procède à :

- 1^o Curettage ramement du tissu mou et végétant ;
- 2^o Ecouvillonnage à la glycérine créosotée ;
- 3^o Colporrhaphie antérieure à base proœ cervicale.

Les suites de l'intervention sont normales.

Les règles de la malade apparaissent du 18 au 23 août.

Il y a des rapports sexuels le 25 et le 27 août 1887. Les règles manquent en septembre.

Le 12 avril 1888, la grossesse est évidente, il n'y a pas eu de rapports depuis le 27 août.

Le 28 mai 1888, M^{me} de B., accouche d'une petite fille de 3400 grammes avec application de forceps au détroit supérieur. Les suites de couches sont normales (1).

OBSERVATION XXIII

M^{me} Ro..., 1889 ; est âgée de 26 ans. Elle a été réglée de bonne heure, mais les époques menstruelles sont toujours accompagnées de douleurs. Elle est atteinte de leucorrhée qu'elle avait déjà quand elle était jeune fille. Mariée à 18 ans, l'état de ses règles ne s'est pas modifié : elles sont douloureuses et pauvres surtout le deuxième jour.

Elle a consulté T..., et M^{me} H..., qui ont fait le diagnostic d'atrésie de l'orifice externe du col et d'antéflexion et ont procédé à la dilatation graduelle.

Actuellement, on constate de la leucorrhée avec col conique et endocervicite chronique : le cul-de-sac postérieur est très lâche, l'antéflexion est moindre. On procède au curage de la cavité utérine, à l'amputation du col par le procédé de Schrœder. et à une colporrhaphie rétro-cervicale.

Les suites opératoires sont normales.

M^{me} R..., accouche à 8 mois 1/2 le 19 octobre 1891. L'accouchement a duré 5 heures seulement.

(1) In *thèse* LEFÈVRE.

OBSERVATION XXIV

M^{me} Da..., 1890, est âgée de 31 ans. Elle a été réglée à 12 ans, difficilement et avec douleurs. Mariée à 21 ans, elle a eu six mois après un retard de 28 jours, à la suite de quoi elle a eu une hémorrhagie utérine abondante sans qu'il y ait eu en réalité fausse couche. A ce moment, elle avait un peu de leucorrhée et a été faire une saison à Saint-S... Elle en revint légèrement améliorée.

Actuellement, elle vient consulter ayant grand désir d'avoir un enfant. La menstruation, quoique régulière, dure cinq grands jours et est très douloureuse. Le col conique est enflammé et atrésié, et l'utérus en antéflexion marquée. Les culs-de-sacs sont lâches, le plancher vésical affaissé.

On procède, après dilatation préalable, au curage de la cavité utérine, à l'abrasion de la muqueuse endocervicale et à une colporrhaphie antérieure.

Deux ans après, en 1892, au mois de novembre, M^{me} Da..., accouche à terme d'une petite fille de 9 livres et demie. Depuis, M^{me} Da... a eu une autre grossesse, terminée spontanément à terme.

OBSERVATION XXV

M^{me} C..., 1891, est âgée de 29 ans. Elle a été réglée à l'âge de 12 ans, régulièrement pendant 2 ou 3 jours. A 19 ans, elle a eu une suspension des règles à la suite d'un froid violent ayant occasionné, paraît-il, une maladie grave abdominale.

Elle vient consulter non pas parce qu'elle souffre, mais parce que depuis 5 ans qu'elle est mariée, elle n'a pas d'enfant.

A l'examen, on constate que la vulve est en entonnoir, le vagin est court, le releveur faible, la semence s'écoule à l'extérieur après le coït. Il y a du catarrhe endocervical. L'utérus est en antéflexion aiguë avec un col conique et sténosé.

On fait en deux fois une dilatation lente. Puis on procède

au curage de l'utérus, au hersage du col et à la discission. On pratique en plus une colporrhaphie médiane postérieure.

Le résultat a été très bon.

M^{me} C... est devenue enceinte par la suite et a accouché à terme.

CONCLUSIONS

I. Les opérations plastiques sur le vagin, la vulve et le périnée doivent avoir pour but la réfection de ces organes tels qu'ils sont chez la femme saine avec leurs proportions, leurs formes et leurs qualités anatomiques et physiologiques normales.

II. Les opérations plastiques que nous avons décrites ne sont pas seulement commandées par la préoccupation de remédier aux affections et aux déplacements pathologiques des organes génitaux, elles sont souvent utiles à un accouchement normal, en s'opposant à l'accouchement précipité.

III. Les cas de dystocie dus aux opérations sur le vagin et en particulier à la colpopérinéorrhaphie sont le résultat de procédés défectueux ou compromis par des complications post-opératoires.

IV. L'infection et la suppuration sont particulièrement à redouter puisqu'elles créent du tissu de cicatrice scléreux, et inextensible capable de mettre obstacle à la sortie de la tête fœtale. L'observance des principes de l'asepsie surtout préopératoire, l'emploi du courant con-

tinu, les sutures à la grosse soie plate, la surveillance des soins consécutifs mettant à l'abri de ces accidents.

V. Le praticien, en présence d'une femme en travail ayant déjà subi une opération bien conduite sur le vagin et sur le périnée, doit savoir que cette opération loin de créer une gêne à l'expulsion du fœtus a rétabli la concordance des plans musculaires utiles au mécanisme normal de l'accouchement, et doit se garder de faire une intervention trop hâtive.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.

PINARD.

VU : LE DOYEN,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer.

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BONNAIRE. — Du périnée obstétrical. Gazette des Hôpitaux, 1891.
- BERNHEIM. — L'opération de Schröder au point de vue de la conception de la grossesse et de l'accouchement. Thèse, Paris, 1899.
- CRÜVEILHIER. — Traité d'anatomie pathologique générale, 1849.
- DECÈS. — Essai sur la périnéorrhaphie. Thèse, Paris, 1892-1893.
- DOLÉRIS. — Colporrhaphie præ cervicale. Gazette des Hôpitaux, 1888. — Colporrhaphie rétro cervicale. Société d'Obstétrique et de Gynécologie, 1889. — Col. périnéoplastie par glissement. Répertoire universel d'Obstétrique et de Gynécologie, 1889, p. 344; et Société Obstétricale et Gynécologique, 1886. — Technique des opérations plastiques sur le vagin et la vulve. Société Obstétricale et Gynécologique, 1889.
- DOLÉRIS et PICHEVIN. — La pratique gynécologique, 1896.
- EDEBOHLS. — Société d'ostétrique de New-York, 17 avril 1894. In New-York, Journal of. Gynec and. Obstetries, juin 1894.
- FARABEUF et VARNIER. — Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements, 1891.

- GUIBOUT. — Conséquences obstétricales possibles de l'amputation sous vaginale du col. Thèse. Paris, 1900.
- KIRMISSON. — Article périnée. Dictionnaire Dechambre, 1887.
- HÉGAR et KALTENBACH. — Traité de Gynécologie opératoire, Stuttgart, 1881.
- LEFÈVRE. — Une forme commune de la stérilité féminine et son traitement. Thèse, Paris, 1898.
- LYON. — Rétrécissements congénitaux et acquis du vagin. Thèse, Paris, 1887.
- MARX. — La colpocœle postérieure et son traitement. Thèse, Paris, 1890.
- MANGIN. — Traitement chirurgical des prolapsus génitaux. Congrès de Genève, 1897.
- PAJOT. — Des obstacles à la fécondation dans l'espèce humaine. Annales de Gynécologie, 1886.
- RADIER. — Déchirures du périnée et leur traitement primitif. Thèse, Paris, 1893-94.
- TARNIER et BUDIN. — Traité des accouchements, 1898.
- VEDEL. — De la périnéorrhaphie. Nouvelles archives d'obstétrique et de Gynécologie, août 1894.
- VIARDEL. — Observations sur la pratique des accouchements naturels, 1874.



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
